



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 095-2023-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 19 de mayo de 2023

Visto; el expediente N° 2300007508 que contiene la Nota Informativa N° 033-2023-DAdj-HVLH-MINSA, emitida por el Director Adjunto de la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Ley 30947, Ley de Salud Mental, tiene por finalidad la de proteger la salud mental integral y el bienestar de la persona, la del medio familiar y la de la comunidad; garantizar el respeto a la dignidad de las personas con problemas de salud mental o discapacidad, las que gozan de un régimen legal de protección integral y de atención, a través del modelo de atención comunitaria, con continuidad de cuidados, rehabilitación psicosocial y reinserción social;

Que, la Ley N° 29973 – Ley General de la Persona con Discapacidad, tiene la finalidad de establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica;

Que, mediante Decreto Supremo N° 007-2020-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, con el objeto de regular las disposiciones establecidas en la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, estableciendo los mecanismos para su implementación en todo el territorio nacional y se aplica en todos los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 701-2018/MINSA se aprueba la NTS N° 140-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos", con la finalidad de contribuir a la mejora de la autonomía de las personas con discapacidad por trastorno mental y del comportamiento para reducir el deterioro y recuperar las funciones que limitan su funcionamiento personal, familiar y social en el marco de los derechos ciudadanos y la inclusión social; siendo su objeto establecer el marco regulatorio para el funcionamiento de los Hogares Protegidos para personas con trastorno mental y del comportamiento con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial que no cuentan con apoyo familiar y social;

Que, mediante Nota Informativa N° 033-2023-DAdj-HVLH-MINSA, emitida por el Director Adjunto de la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, remite a la Dirección General, el Documento Técnico: "Plan de Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental – 2023"; con la finalidad de organizar a los diferentes estamentos asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera, en tareas relacionadas al alta de pacientes de larga estancia, e identificar los motivos por los cuales no se ha dado, ahora en el marco de la Reforma de Salud Mental; y el objetivo es fortalecer los procesos de Desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental, en coordinación estrecha con la familia, comunidad y la Red de atención;

Que, mediante Nota informativa N° 062-2023-OEPE-HVLH/MINSA, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, hace suyo el Informe N° 042-2023-UFPOP-OEPE-



HVLH/MINSA, emitido la Jefa de la Unidad Funcional de Planeamiento, Organización y Proyectos a su cargo; quien refiere haber revisado el documento normativo titulado: "Plan de Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental-2023" del Hospital Víctor Larco Herrera, e indica que cumple con lo señalado en el numeral 6.1. Estructura de los documentos normativos que corresponde a lo precisado definido en el numeral 6.1.4. Documento Técnico, señalado en las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA.

Estando a lo informado por el Director Adjunto de la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera;

Con el visto bueno del Director Adjunto de la Dirección General, del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con las atribuciones señaladas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Normativo Titulado: **"PLAN DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL – 2023"** del Hospital Víctor Larco Herrera, que en documento adjunto a folios dieciocho (18) incluido un (01) anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- La Dirección Adjunta de la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, es la responsable de la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento.

Artículo 3°.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C M P 24232 R N E. 10693

EMRCH/CEPV/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Dirección Adjunta
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Archivo.





HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA



DIRECCIÓN ADJUNTA

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL

2023



MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CIUDAD

Directora General

MC. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez

Director Adjunto

Dr. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	FINALIDAD.....	4
III.	OBJETIVO.....	5
	3.1 Objetivo General.....	5
	3.2 Objetivos Específicos.....	5
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V.	BASE LEGAL.....	5
VI.	CONTENIDO.....	5
	6.1 Disposiciones Generales.....	5
	6.1.1 Marco Conceptual de la Desinstitucionalización.....	5
	e. Desinstitucionalización: Complementación Biopsicosocial del Modelo Médico.....	7
	6.2 Disposiciones Específicas.....	11
	6.2.1 Diagnóstico Situacional.....	11
	6.3 Disposiciones Finales.....	13
	6.3.1 Identificación de problemas.....	13
	6.3.2 Priorización de Problemas.....	14
	6.3.3 Marco Estratégico Nacional y Sectorial.....	14
	6.3.4 Actividades.....	17
	6.3.5 Monitoreo y Evaluación.....	17
VII.	RESPONSABILIDADES.....	17
VIII.	ANEXOS.....	17



I. INTRODUCCIÓN

Durante muchos años los pacientes que padecen algún trastorno psiquiátrico han recibido atención médica en hospitales psiquiátricos, permaneciendo hospitalizados durante largos periodos de tiempo, privándolos de muchas de sus actividades y en ocasiones de sus legítimos derechos humanos, lo que puede agregarse a un aislamiento social y comunitario. Este aislamiento en el pasado y aún en el presente ha repercutido de manera muy significativa en su proceso integral de rehabilitación, sobre todo cuando no se les ofrecieron otros modelos psicosociales de tratamiento. A la postre y después de largos periodos de internamiento, el paciente se convierte en dependiente de la institución psiquiatría que le ha brindado la atención médica.

Existe consenso entre los expertos especialistas en Psiquiatría y Salud mental que Institucionalizar a un paciente con problemas de salud mental es deshumanizarlo, pues al relacionarse sólo con el entorno que le ofrece el ambiente hospitalario, pierde sus vínculos familiares, sociales, no tiene trabajo, ni derecho al ocio ni a ejercer su sexualidad.

Es preciso comprender el sentido de lo que significa el tratamiento a una persona con trastornos mentales. El paciente de un hospital psiquiátrico al que uno observa que deambula, no lo hace por la enfermedad mental que tiene, sino por el deterioro social al que se le lleva".

Por ese motivo, es importante que las entidades públicas y privadas inviertan en servicios cercanos a los hogares de estos pacientes, en la misma comunidad, para permitirles que conserven sus relaciones familiares y sociales, y su capacidad de trabajo.

El proceso de desinstitucionalización, desde nuestro enfoque, es una buena forma de eliminar la aplicación de normas o reglas no escritas que perjudican a los pacientes; no con ello consideramos que sea justificable el cierre de hospitales psiquiátricos que brindan atención médica a pacientes, que difícilmente podrían ser dados de alta por las condiciones físicas, sociales, ambientales, espirituales, económicas y patológicas que éstos presentan, condicionándolos a convertirse en pacientes dependientes de dichos hospitales, quienes se responsabilizan de ellos y les proporcionan una mejor calidad de vida.

Planteamiento que la gestión actual del Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH), impulsa, porque a pesar de la inversión que hace actualmente el Estado para mejorar y ampliar los servicios de salud mental y asegurar la cobertura de atención a pacientes con problemas de esquizofrenia, ansiedad, depresión y alcoholismo por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), es insuficiente y aún la población no recibe un tratamiento adecuado y oportuno.

Las limitaciones percibidas en la atención médica psiquiátrica que reciben los pacientes, no se solucionarían cerrando los hospitales que les prestan sus servicios médicos. Por tal motivo, nuestra propuesta es que la sociedad civil involucrada especialmente la comunidad psiquiátrica, liderada por el MNSA como órgano rector de la salud en nuestro país, contribuya a crear nuevos modelos de atención médica psiquiátrica que vayan dirigidos a pacientes crónicos no rehabilitales y dependientes.

En este marco, siendo el Estado, el principal garante de asegurar los derechos en salud que tienen todos los peruanos, más aún con la salud mental de las personas, debe impulsar esta iniciativa. Por este motivo el Ministerio de Salud (MINSAL), viene impulsando la Reforma de la Salud Mental, que recomienda desarrollar un modelo de atención comunitaria, es decir de servicios diferenciados periféricos ubicados en el primer nivel de atención y en los hospitales generales.

Esto no implica, que el Estado no destine recursos a los hospitales psiquiátricos (especializados), que deben sostenerse y ser mejorados progresivamente, sino para que se convierta en establecimientos que atiendan únicamente casos complejos.

II. FINALIDAD

Organizar a los diferentes estamentos asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera en tareas relacionadas al alta de pacientes de larga estancia para identificar los motivos por los cuales esta no se ha dado; ahora en marco de la Reforma de Salud Mental.

Busca que quede en evidencia cuanto esfuerzo hace la institución por lograr el alta de un paciente ya estabilizado de su enfermedad mental y todas las dificultades que enfrenta para lograrlo, muchas veces ajenas a lo que deberla ser la función hospitalaria.



III. OBJETIVO

3.1 Objetivo General

Fortalecer los procesos de Desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental del Hospital Víctor Larco Herrera, en coordinación estrecha con la Familia, comunidad y la Red de atención.

3.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer las acciones institucionales del HVLH en pro de la desinstitucionalización.
- Fortalecer las Acciones de Reinserción de los pacientes desinstitucionalizados: Familia, comunidad y redes de atención comunitaria.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este plan reúne las actividades del Comité de Desinstitucionalización y el Servicio de Larga Estancia del Departamento de Hospitalización.

Alcanza a pabellones de larga estancia que tienen diferentes tipos de pacientes albergados; adultos mayores con síntomas residuales de enfermedades mentales o con lesiones orgánicas, adultos hombres y mujeres con enfermedades mentales en su mayoría esquizofrenia y trastornos orgánicos, adultos con retardo mental, gerentes con complicaciones no psiquiátricas de su salud; todos ellos con diferentes condiciones de soporte familiar, como: abandonados por su familia, rechazados por su familia, en extrema pobreza u otro condicionante social que evita el alta.

V. BASE LEGAL

- Ley 30947 Ley de Salud Mental
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud
- Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, que aprueba el Reglamento de la ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Decreto Supremo N°007-2020-SA-Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley 30947 Ley de Salud Mental.
- Decreto Supremo N° 005-2021-MIMP, que modifica el Reglamento de la Ley N° 29973 Ley General de la Persona con Discapacidad, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP para precisar las atribuciones y funciones del ente rector del SINAPEDIS, establecer las normas complementarias para su funcionamiento definir la organización y roles de las entidades públicas que lo conforman; así como mejorar la ejecución del procedimiento administrativo sancionador.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 701-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 140-MINSA/2018/DGIESP: "Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos".

VI. CONTENIDO

6.1 Disposiciones Generales

6.1.1 Marco Conceptual de la Desinstitucionalización

a. De las personas con problemas de salud mental con estancia prolongada en el establecimiento de salud (Artículo N°30 de la Ley de Salud Mental N°30947)

Son aquellas personas que pese a tener un diagnóstico de alta médica, por diferentes circunstancias ajenas a su voluntad, permanecen innecesariamente en los establecimientos de salud, deben ser derivados a profesionales de trabajo social o especialidades afines para movilizar la red familiar y comunitaria y promover la reinserción en dichos ámbitos.



b. De la desinstitucionalización de la persona con discapacidad mental (Artículo N° 30 del Reglamento de la Ley N°30947, Decreto Supremo N°007-2020-SA)

Todo establecimiento de salud con hospitalización que atienda a personas con problemas de salud mental, es responsable de conformar el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Psicosocial, ante el cual se presentará la situación de la persona con un informe médico emitido por el(la) médico(a) tratante.

El servicio social del establecimiento de salud, es quien hace conocer los casos al Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Psicosocial, de aquellos(as) usuarios(as) que reúnan la condición descrita en el artículo 30 de la Ley y es además quien gestiona el informe médico con su médico(a) tratante.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de acuerdo a sus competencias, así como a sus programas y servicios, orienta los procesos de reintegración socio familiar y laboral a los equipos de salud mental del MINSA.

c. Del Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Mental (Artículo N° 30 del Reglamento de la Ley N°30947, Decreto Supremo N°007-2020-SA)

El comité permanente encargado de evaluar la desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial es el órgano adscrito a la Dirección del establecimiento de salud con hospitalización, y está integrado por profesionales de la psicología, psiquiatría, derecho, trabajo social y enfermería, además de un representante de la organización de usuarios(as) o expertos(as) comunitarios(as) con discapacidad psicosocial, pudiendo convocar a otros actores que considere pertinente.

El referido Comité es responsable de realizar las siguientes funciones:

Evaluar el informe médico, psicológico y social del (de la) usuario(a) que se encuentra en condición de estancia prologada.

En coordinación y con el apoyo técnico del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, realiza las indagaciones para proponer el lugar más apropiado de reinserción familiar, social y laboral, en función de la voluntad y preferencias del (de la) usuario(a), considerando la aplicación de los enfoques de género, interculturalidad, interseccionalidad, determinando si existen familiares, otras personas o instituciones que puedan apoyar su vida independiente.

Coordina con las instituciones públicas y privadas, así como con los servicios médicos de apoyo correspondientes, la incorporación y acogida para aquellos(as) usuarios(as) que lo requieran, priorizando la vida independiente en Hogares o Residencias protegidas.

Elabora, en base a los informes médico, social y psicológico, un Informe Final dirigido al director del establecimiento de salud.

La conformación y el funcionamiento de los comités permanentes encargados de evaluar la desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial se regulan por los lineamientos que apruebe el MINSA mediante Resolución Ministerial.

d. De la Reinserción del paciente luego de su desinstitucionalización (Artículo N° 32 del Reglamento de la Ley N°30947, Decreto Supremo N°007-2020-SA)

Aquellos(as) usuarios(as) que reúnan la condición descrita en el artículo 30 de la Ley, se reintegran con su familia o acuden a hogares o residencias protegidas, garantizando el ejercicio de su autonomía, vida independiente, y respetando su dignidad personal y derechos humanos.

Las personas desinstitucionalizadas tienen acceso a los servicios de cuidados de salud mental en los establecimientos de la red de salud más cercana a su domicilio.

Las personas desinstitucionalizadas que requieran cuidados especializados de hospitalización, los reciben en Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones



del hospital general correspondiente, bajo los términos estipulados en el artículo 27 del presente reglamento; una vez que reciban el alta médica son derivados al lugar donde residen.

a. Desinstitucionalización: Complementación Biopsicosocial del Modelo Médico

Dentro de los propósitos del presente Plan, se expresa con claridad el fundamento biopsicosocial del modelo que se encuentra a su base en los siguientes postulados:

- La salud no sólo depende de factores inherentes a las personas, sino que también de las condiciones en que ellos viven.
- Participación activa del paciente y sus familiares.
- Reinserción social de personas con enfermedades mentales, evitando la estigmatización y marginación y creando redes de apoyo.

De manera general, se establece que el proceso de desinstitucionalización constituye un esfuerzo importante por mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos crónicos, mediante la restitución de sus derechos ciudadanos para su completo desarrollo humano en el exterior del hospital.

Es un esfuerzo, entonces, por asegurar la inclusión de estos pacientes a través de un proceso de rehabilitación psicosocial. Dicho proceso implica una superación de la lógica médica tradicional representada por la figura de la internación en el hospital psiquiátrico, mediante una complementación del saber médico con los aportes desarrollados desde las ciencias sociales. Esto implica la instalación de una concepción biopsicosocial de la enfermedad mental, donde la familia y lo comunitario son elementos fundamentales tanto para el mantenimiento como para la recuperación de la salud.

De esta forma, el retorno a la comunidad y a la familia no sólo le restituye a los pacientes sus derechos ciudadanos sino que también da paso a la restitución de su salud.

Existe el supuesto implícito de que los pacientes, al estar viviendo en sus comunidades de origen y contando con el apoyo y acompañamiento de sus familias, necesariamente obtendrían un efecto terapéutico, una mejora en el nivel general de su salud, razón por la cual son espacios privilegiados de tratamiento, la prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores. Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y en el caso de necesitar atención cerrada esta deberá ser en instancias lo más parecidas posible a un ambiente familiar" (MINSA, 2000, Cap 5.)

Entonces, cabe preguntarse cómo actúan estos factores protectores, qué es lo que hay de propiamente terapéutico tanto en la familia como en la comunidad. Es pertinente intentar reconocer en esto cuáles son los elementos que agrega, qué contrapone o qué sustituye la concepción biopsicosocial a la lógica médica.

Dentro de las acciones que recorren el proceso de desinstitucionalización que el Plan exige, consideramos que, dentro de esta propuesta, y sobre todo en relación a los pacientes con diagnósticos de patologías psiquiátricas severas, las nociones de familia, comunidad y red aparecen concretamente en relación a la importancia terapéutica de los aspectos sociales en el abordaje psiquiátrico, que se presentan como novedad respecto a su propia tradición institucional. Consideramos pertinente problematizar estos puntos.

Se podría pensar que el papel terapéutico de la familia, de la comunidad, de las redes sociales y de la propia red de salud, no tienen que ver necesariamente con cierta especificidad de cada una de ellas, sino más bien con permitir anular los efectos



institucionalizadores del hospital, convirtiéndose en alternativas que vuelven innecesario el encierro.

Al menos en lo que respecta a la familia, esto es cuestionable. De ser así, cualquier instancia de acogida en el exterior de la comunidad tendría el mismo valor para las indicaciones del Plan. Pero es fácil reconocer que la planificación de estos sistemas de acogida para la desinstitucionalización, la familia tiene un rol primordial. Dispositivos como los hogares o las residencias protegidas sólo tienen una prioridad menor, son considerados como alternativas sólo en segunda instancia; una vez que las familias no han sido capaces de tomar los pacientes a su cargo.

Familia

El Plan contiene una recurrentemente apelación a la participación activa de la familia en el proceso de recuperación de los pacientes. Es fundamental que la familia asuma su responsabilidad con aquellos miembros que necesiten de cuidados psiquiátricos, brindándoles apoyo y acogida, intentando comprender con ayuda de los profesionales de SM que los problemas presentados responden principalmente a su condición patológica. Implícitamente, la acogida familiar es una condición para la recuperación de la locura, aunque no queda claramente definido en qué sentido.

Si consideramos que para Michel Foucault (2005), la familia y la institución psiquiátrica clásicamente identificada con el hospital, mantienen una estrecha relación, la circulación de los pacientes de uno de estos lugares a otro no deja de ser problemática.

Esta relación estrecha se reconduce al vínculo entre la formación de la familia moderna y el saber médico. Según Foucault (2002a), la familia moderna se establece como un recorte en términos cuantitativos, y una modificación en términos cualitativos, de las grandes familias predominantes hasta mediados del siglo XVII. Este nuevo cuerpo familiar, esta familia-célula comienza a constituirse como núcleo restringido, delimitado por una relación estrecha entre los padres y los hijos. La familia, desde ahí en adelante, cumplirá la función de preparar y resguardar la inscripción de los sujetos al interior de los dispositivos disciplinarios como la escuela o el trabajo, instancias que producen y reproducen un determinado orden social. La familia es la estructura fundamental, "el punto de enganche absolutamente indispensable para el funcionamiento mismo de todos los sistemas disciplinarios... es la instancia de coacción que va a fijar de manera permanente a los individuos a los aparatos disciplinarios, que en cierto modo va a inyectarlos en ellos" (Foucault, M., 2005, p. 105). Situación por la que no es posible desconocer que toda apelación a la familia implica la consideración del funcionamiento de una modalidad de control social.

Pero la familia tiene una función "bisagra", en la medida que sostiene los sistemas disciplinarios, pero a la vez se constituye como objeto mismo de su funcionamiento toda vez que no es capaz de asegurar esta tarea: "cuando la familia se hace trizas, cuando deja de cumplir su función, no tarda en introducirse toda una serie de dispositivos disciplinarios cuyo papel consiste en mitigar sus flaquezas" (Foucault, M., 2005, p.108.). Es aquello que Foucault denomina "función psi", las tecnologías que se activan operando sobre la familia.

La función psiquiátrica, psicológica, psicoterapéutica, psico-sociológica, criminológica, corresponden a la organización de un dispositivo que se precipita en un intento de normalización técnica frente a cierta anomalía, ante la cual la soberanía familiar no puede responder. Para esto, dichos dispositivos refieren siempre a la familia, intentan restituir su orden, recobrar su importante funcionamiento.

Así, la Psiquiatría y la familia se refieren mutuamente. Se filtra en la familia un saber sobre la locura, siempre referido a la familia, que implica una tecnificación proveniente desde el saber psiquiátrico y las tecnologías que le sirven de apoyo. Un "saber hacer" con los locos, con su enfermedad, que le permite a la familia estar con él, acompañarlo, conducirlo, aceptarlo y contenerlo.



Esta vinculación intrínseca da cuenta de la función de control que la familia tiene respecto del paciente. Se constituye como un espacio de contención para ellos, espacio rodeado y asistido por una serie de tecnologías referidas al saber psiquiátrico, que amortiguan dicha función.

Comunidad

A pesar de que en el Plan todo apunta a la reinserción y el retorno de los pacientes a sus comunidades de origen, parece no existir una delimitación clara de lo que implica el concepto de comunidad.

En efecto, este concepto aparece mayormente referido al lugar originario de los pacientes, el espacio exterior al hospital. En relación a esto, se considera también que es el lugar donde deberán apuntar las intervenciones necesarias para brindar una máxima cobertura de salud a la población.

La comunidad será el lugar donde se instalarán los centros de salud necesarios para la atención médica, psiquiátrica y psicológica; será también objeto de potenciación, donde se propiciará la autogestión de espacios colectivos que permitan el resguardo de la salud, como también la completa reinserción de los pacientes crónicos institucionalizados.

En todas las acciones referidas a la comunidad, ésta siempre queda sin definir. No se da cuenta de sus especificidades, de su lugar social, de sus relaciones administrativas o de las instituciones que allí operan (Foladori, H. 2005). Solamente indica un territorio físicamente delimitado, sin referencia a los criterios que establecen dicha limitación. En última instancia, corresponde a un espacio territorial externamente definido, que engloba un conjunto preciso de sujetos, a quienes se les garantiza una serie de instancias que les permiten satisfacer sus necesidades de SM.

Maritza Montero (2004), entiende el concepto de comunidad más allá de toda delimitación externa. Se encuentra autodelimitado por la comunidad misma; como sujeto activo de lo que se lleva a cabo dentro de ella; como actor social constructor de su propia realidad. En este sentido, llama la atención que no exista referencia alguna dentro del Plan a lo que los sujetos que la componen dicen de sí mismos en relación a esta denominación, a algún tipo de organización interna en función de sus propias necesidades, a espacios propiamente gestionados como búsqueda de satisfacción de sus demandas. Cualquier referencia a la autogestión es siempre externa, bajo la forma de "propiciarla", lo cual, en definitiva, corresponde a una contradicción (Foladori, H., 2005).

Se desprende de los conceptos del Plan que no existe nada "común" a los habitantes de una comunidad, más que estar definidos por su coexistencia al interior de un recorte espacial.

Ante esta situación, parece problemático que se organicen en torno a ella una serie de intervenciones que tienen como objeto lo comunitario.

El llamado "enfoque comunitario" no cuenta con más especificidad que ser una serie de prácticas que se desenvuelven al interior de un territorio.

Al ser su objeto necesariamente difuso, también lo serán sus prácticas, sin referencia a una delimitación teórica clara.

Concretamente se puede observar que dentro de las intervenciones comunitarias caben todos tipos de acciones, provenientes de marcos conceptuales diversos y hasta contradictorios, que no cuentan necesariamente con una coherencia teórica que las sostenga, en una integración ecléctica que desconoce las implicancias epistemológicas y políticas de sus acciones.

Como apunta Foladori (2005), con respecto a la psicología comunitaria, la inespecificidad del enfoque comunitario, al poner el acento en lo común externamente



definido, borra las particularidades al interior de cada comunidad, y también las diferencias entre distintas comunidades; particularidades que tienen relación con diferencias al interior de una estructura social, con un "ejercicio (apropiación) del poder" (p.132).

Nuevamente, la referencia a lo social al interior del Plan, más allá de las buenas intenciones, se topa con la instalación de un marco conceptual que invisibiliza una serie de dificultades que tienen efectos concretos en su aplicación.

Red de Salud Mental y Psiquiatría

El cambio hacia un modelo en el que el eje ya no es la estructura física del establecimiento hospitalario, implica la planificación, organización y coordinación de instancias descentradas del hospital, donde cada una se encuentra técnicamente capacitada para que, en coordinación con las demás, puedan cumplir con las diversas actividades de SM que el Plan propone.

Todo esto, a partir de que la evidencia indica que como dice el Plan, "la estrategia basada en redes de atención que integren en forma coherente todos los dispositivos necesarios - desde el tratamiento hospitalario intensivo hasta dispositivos intracomunitarios de apoyo- optimizan la utilización de los recursos y mejoran significativamente las consecuencias del trastorno y la calidad de vida de las personas" (Ministerio de Salud, 2000. Cap. 5). De esta forma, enfatiza el impacto en la dimensión social de los tratamientos, situación que anteriormente era minimizada en relación a lo propiamente médico.

En este sentido, en lo que el Plan define como patologías psiquiátricas severas el tratamiento pensado para estas afecciones se modifica fundamentalmente a partir del concepto de red.

Los pacientes que caen bajo esta denominación, son precisamente aquellos que durante mucho tiempo fueron sostenidos por el hospital psiquiátrico.

El concepto de prestaciones implica un quiebre en la necesidad de internación en estos pacientes; instala la posibilidad de entregar solamente las atenciones necesarias para contrarrestar los efectos de las patologías en aspectos puntuales de sus vidas. Esto desdibuja la exigencia de un espacio que aborde la totalidad de la vida de estos pacientes.

Así, las prestaciones logran fragmentar los tratamientos necesarios que garanticen los cuidados a los enfermos, de tal manera que deja fuera de la preocupación psiquiátrica los aspectos de la vida cotidiana que no se ven afectados, y que anteriormente eran necesariamente administrados por el encierro.

Esta serie de prestaciones se encuentran distribuidos en el territorio, situados al interior de las comunidades, lo que implica que los pacientes se mantendrán lo más cercanamente posible de sus domicilios, sus vínculos significativos y su rutina diaria. Junto a esto, para dar respuestas a las necesidades de reinserción social, a los cuidados y garantías que demanda este proceso, se ha operacionalizado el concepto de "discapacidad de causa psíquica", que establece un paralelismo con la discapacidad física, condición que sólo necesita de asistencia y no de encierro.

Pero más allá de estas modificaciones, cabe preguntarse si las prestaciones mismas ofrecen alguna novedad en su contenido, en la lógica que las recorren, en relación a las acciones clínicas que tienen lugar dentro del hospital psiquiátrico; es decir, más allá de la fragmentación y de la ubicación al exterior del espacio hospitalario, ¿las acciones clínicas de la red y la noción de discapacidad de causa psíquica, presentan alguna diferencia sustancial en el tratamiento de los pacientes psicóticos?

La apertura hacia la comunidad pone a la rehabilitación psicosocial como uno de los objetivos prioritarios a lograr en este tipo de pacientes.

Este énfasis sitúa a este proceso y a las prestaciones necesarias para su consecución como una novedad del Plan respecto a las atenciones anteriores.



Según el Plan, los objetivos de estas intervenciones son la mantención de las habilidades sociales, académicas y profesionales; la redefinición de un proyecto de vida auto valorado y valorado por la comunidad; y el desarrollo de un rol o identidad positiva. De esta forma, la rehabilitación psicosocial es entendida no sólo como un conjunto de técnicas sino, como apunta el Plan, "una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la evaluación de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas" (Ministerio de Salud, 2000), donde el manejo óptimo de la persona con discapacidad de causa psíquica requiere la integración del tratamiento médico con intervenciones psicosociales.

A partir de esto se presentan dos problemas. En primer lugar, de los objetivos de este proceso se desprende la necesidad de un determinado ajuste social en este tipo de pacientes, el cual se hace por medio de un trabajo sobre sus rutinas diarias, sus interacciones y en el espacio interior de sus expectativas de vida. Este ajuste se traduce nuevamente, al igual que dentro del hospital, en un control moral de los aspectos de su vida cotidiana que aparezcan siendo disruptivos en relación a ciertas expectativas sociales.

En segundo lugar, todo tipo de atención centrada en la dimensión socio ambiental debe estar siempre referida a la atención médica para poder sostenerse. Junto a esto, la noción de "discapacidad psíquica" sigue presentando a las personas psicóticas como aquellas a quienes les falta una determinada capacidad psíquica para operar con normalidad.

Demarcación de una carencia, realiza tanto por el modelo médico como por el psicosocial, que sigue situando a estos pacientes dentro de la noción de enfermedad.

Así se observa que la noción de locura que sigue recorriendo las prestaciones de la red es la identificación con la enfermedad que, desde Kraepelin en adelante, ha instalado el saber psiquiátrico.

Si bien la noción de red implica una importante modificación en la gestión estatal del problema de la Salud Mental, en términos epistemológicos la noción de enfermedad, propia del modelo médico, sigue estando inscrita en las prestaciones de la red. Pese a la inclusión del modelo psicosocial, éste aparece en referencia a las mismas nociones presentes al interior del saber psiquiátrico, lo que claramente no implica un cambio en lo que históricamente se ha entendido por locura en este contexto.

6.2 Disposiciones Específicas

6.2.1 Diagnóstico Situacional

Análisis de la situación de la Salud Mental en el contexto Nacional y Local

A 18 años de la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría impulsado por el Ministerio de Salud, su implementación comienza a ser objeto de una serie de evaluaciones críticas proveniente de diversos actores públicos.

El cambio de modelo implicó no sólo una modificación de la gestión en salud por parte del Estado en respuesta a las nuevas necesidades de la población, sino también la instauración de una serie de ideas y conceptos fundados en el resguardo de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos que no han sido fáciles de asimilar por la institucionalidad psiquiátrica más tradicional en Perú. Pero no sólo estas voces son críticas al proceso; el mismo Ministerio en conjunto con los sectores que se encuentran a favor de la implementación del nuevo modelo, están conscientes de que, en efecto, este Plan no se ha desarrollado exento de dificultades.



Las opiniones apuntan a que éstas se deben principalmente a la falta de preparación de los funcionarios, pocas instancias para que los pacientes encuentren un hogar en la sociedad y, en general, al escaso financiamiento estatal. Si bien el objetivo principal de promover la desinstitucionalización de los pacientes crónicos mediante la implementación de instancias ambulatorias de tratamiento ha tenido importantes avances, existen muchos aspectos en el que el Plan no ha podido cumplir con sus expectativas.

Esta situación implica una gran dificultad para el desarrollo de sus objetivos, siendo un tope para la capacitación y aumento de los recursos humanos necesarios en el desarrollo de mayores instancias para la descentralización y el tratamiento ambulatorio, para la promoción de la integración de organizaciones y actividades comunales, y en el refuerzo de los recursos operacionales, especialmente los fármacos.

En esta materia sólo se cuenta con la Ley N°30947 y su reglamento el D.S. 007-2020-SA Según esta norma se enfoca en la provisión de servicios y en el desarrollo de una red ambulatoria y comunitaria, para las personas con enfermedades y discapacidades mentales desprovistas de protección de sus derechos esenciales, en un medio social estigmatizador y discriminador.

Los trastornos mentales comprenden cinco de las diez causas principales de carga de morbilidad en todo el mundo. Se prevé que el porcentaje de morbilidad mundial es atribuible a los trastornos mentales y del comportamiento y aumenten al 15% al 2020 y que sea mayor en los países en desarrollo debido a factores relacionados al envejecimiento de la población y rápida urbanización. Los problemas de salud mental entrañan costos económicos y sociales altos. Los trastornos mentales influyen en el curso y el pronóstico de afecciones comórbidas crónicas, tales como el cáncer, la cardiopatía coronaria, la diabetes y el VIH Sida.

En el Perú en el año 2008, se perdieron 5249641 años de vida saludables perdidos AVISA (182.2 por cada 1000 habitantes) con una mayor proporción producto de la discapacidad que de la muerte prematura (58.8% años vividos con discapacidad AVDs 41.2% años de vida perdidos por muerte prematura AVP). Los AVISA fueron más altos en hombres, en menores de 5 años y en mayores de 60 años como consecuencia principalmente de las enfermedades no transmisibles (57.9%). A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha de tratamiento es abrumadora; específicamente al porcentaje de personas con trastornos mentales y el porcentaje que no recibe tratamiento alguno, la respuesta de los servicios de salud ha sido y es por lo general limitada o inadecuada.

La atención de la salud mental de la población en el Perú históricamente ha sido relegada habiéndose priorizado la atención de la salud física bajo la premisa de los problemas vinculados a esta generan mayor mortalidad y sufrimiento. Sin embargo, en Perú mueren cada año entre 900 a 1000 personas por suicidio y el 20% de la población adulta y adulta mayor padece de un trastorno mental, especialmente depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo, sin considerar a los que sufren de violencia, además del 20% de niños y niñas sufren algún trastorno mental como problemas del comportamiento y problemas de aprendizaje.

La brecha de atención de pacientes es profunda, solo el 10% recibe tratamiento. Una de las causas principales centralización porque los servicios de salud mental no están descentralizados.

El Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Ley N° 29889 que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental sin discriminación. El estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de salud mental adecuados y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a través de un abordaje comunitario.



En el marco de la citada Ley, el MINSA, ha implementado a la fecha 106 Centros de Salud Mental Comunitaria a nivel nacional, 22 Unidades de Hospitalización de Psiquiatría y Adicciones, 02 unidades de Hospital de Día de Salud Mental y Adicciones, 07 Hogares Protegidos (05 en región Loreto, 01 en Moquegua, 01 en el Distrito de Carabaylo-Lima).

Los hogares Protegidos son servicios médicos de apoyo que brindan protección residencial transitoria, para pacientes en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos de auxiliares de enfermería, por no disponer de protección familiar y/o se encuentran en riesgo familiar.

El Hospital Víctor Larco cuenta con un promedio de 320 pacientes hospitalizados en los diferentes pabellones que cumplen la condición para ser desinstitucionalizados, según se describe en la Tabla N° 01

Tabla 1. Intervalo en años de Estancia

Servicios de Hospitalización	6 Meses- 1 Año	2 -5 Años	6 - 10 Años	11- 20 Años	21- 30 Años	31- 50 Años	51 +Años	Total
Pacientes Agudos	59	13	3	3				78
Pacientes Crónicos en Rehabilitación	15	24	13	47	58	47	15	219
Judicial	11	6	5	7	1			30
Total General	85	43	21	57	59	47	15	327

Según se puede evidenciar la disminución de estos pacientes en los últimos 4 años ha sido a un promedio porcentual de 5%, donde, además, se atribuyen muchos otros factores de los cuales el HVLH no tiene ninguna o escasa intervención. Por ejemplo, no existe hospitales nivel 11 en su área de influencia, para que se instalen las Unidades de Hospitalización, así como tampoco existen hogares protegidos en la comunidad más cercana a la residencia de los pacientes y muchas de las familias de estos pacientes han optado por abandonar a sus familiares a pesar de las visitas reiteradas de sensibilización que hace el área de trabajo social, es decir las posibilidades de reinserción en la sociedad en la familia o comunidad son escasas o casi nulas.

6.3 Disposiciones Finales

6.3.1 Identificación de problemas

- Escaso presupuesto asignado para la mejora de la Oferta de los servicios de salud.
- El periodo de pandemia frenó la aparición de nuevos hogares protegidos.
- Los pacientes que en su mayoría cobija la institución en los servicios de larga estancia son candidatos para residencias protegidas (otra institución contemplada en la Ley de Salud Mental, diferente al hogar protegido) que aún no han sido implementados, los logros de la institución a lo largo del último quinquenio han permitido que los hospitalizados en larga estancia disminuyan de aproximadamente 200 a 260 personas, 230 si excluimos del conteo a pacientes hospitalizados, los anteriores egresos fueron de los mejores candidatos a cumplir con los criterios de inclusión de los hogares protegidos, esos requisitos ya son muy difíciles de alcanzar para los pacientes que aún están hospitalizados.
- Débil mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos biomédicos e infraestructura.
- No se cuenta con Hospitales nivel II para la contención de pacientes con recidivas o reincidencias a través de las Unidades de Hospitalización de salud mental y adicciones.
- No se cuenta con servicios de apoyo comunitarios en el área de influencia del Hospital (Hogares Protegidos).
- Los Centros Comunitarios de Salud Mental no tienen capacidad resolutive.
- Las familias no están sensibilizadas para el acompañamiento de sus familiares.
- Los Gobiernos Locales no están involucrados en el tema de la salud mental



6.3.2 Priorización de Problemas

La priorización se ha hecho mediante una matriz de priorización utilizando 5 criterios de evaluación, véase la Tabla 02.

Tabla 2. Problemas Identificados según criterios de Priorización.

N°	Problemas Identificados	Tamaño del grupo afectado	Tamaño del problema	Frecuencia del problema	Factibilidad para mejorar	Interés y compromiso del equipo	Puntaje Total
01	Las familias no están sensibilizadas para el acompañamiento de sus familiares	4	4	4	3	3	18
02	No se cuenta con servicios de apoyo comunitarios en el área de influencia del Hospital (Hogares Proteaidos)	3	4	4	3	3	17
03	Los Centros Comunitarios de Salud Mental no tienen capacidad resolutive	4	4	3	3	3	17
04	No se cuenta con Hospitales nivel II para la contención de pacientes con recidivas o reincidencias a través de las Unidades de Hospitalización de salud mental v adicciones	4	4	3	3	3	17
05	Los Gobiernos Locales no están involucrados en el tema de la salud mental	4	4	3	3	3	17
06	Escaso presupuesto asignado para la mejora de la Oferta de los servicios de salud	3	3	3	3	4	16
07	Débil mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos biomédicos e infraestructura	3	3	3	3	4	16

Puntaje: 1 = Bajo; 2 = Mediano; 3 = Alto; 4 = Muy Alto

6.3.3 Marco Estratégico Nacional y Sectorial

En este contexto el hospital Especializado -Victor Larco Herrera enmarca el presente Plan en los siguientes referentes:

- El Acuerdo Nacional
- Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021
- Plan Nacional Concertado de Salud al 2020
- Lineamientos de Política de Salud al 2020
- Lineamientos de Política de Salud Mental
- Plan Nacional de Salud Mental



Figura 1. Marco estratégico nacional, sectorial e institucional del Modelo de gestión del Hospital Víctor Larco Herrera

Marco Estratégico Nacional

a. Acuerdo Nacional

Las políticas están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos:

- Democracia y Estado de Derecho
- Equidad y Justicia Social
- Competitividad del País
- Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado.

Décimo Tercera Política de Estado

Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Políticas de Estado

Con este objetivo el Estado:

- Potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.
- Promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción.
- Ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales.
- Desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; (e) promoverá hábitos de vida saludables.
- Ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados.
- Fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; Políticas de Estado.
- Promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción.
- Promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado.
- Promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes.
- Desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social.
- Incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud.
- Desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población.
- Promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional.
- Restablecerá la autonomía del Seguro Social.

b. Plan Bicentenario

El Perú hacia el 2021 considera los siguientes objetivos estratégicos nacionales:

- Un Estado basado en la plena vigencia de los derechos fundamentales y el respeto a la dignidad de las personas.
- Una economía competitiva basada en la generación masiva de empleos con alta productividad. Una economía que ofrezca igualdad de oportunidades y acceso irrestricto a los servicios.
- Desarrollo de una infraestructura adecuada y distribuida adecuadamente entre las regiones.
- Lograr desde el estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y



llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país: (...) que provea servicios de educación y salud de calidad

c. Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020

Lineamientos de Política de Salud 2007 - 2020

- Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
- Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Aseguramiento Universal.
- Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- Desarrollo de los Recursos Humanos
- Medicamentos de calidad para todos/as.
- Financiamiento en función de resultados.
- Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud.
- Participación Ciudadana en Salud.
- Mejora de los otros determinantes de la Salud

d. Lineamientos de Política de Salud Mental

- Gestión y rectoría en salud mental.
- Integración de la salud mental en la concepción de la salud.
- Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes.
- Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía.
- Concertación multisectorial de la salud mental.
- Creación de un sistema de información en salud mental.
- Desarrollo de los recursos humanos.
- Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones en salud mental.
- Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental.

e. Plan Nacional de Salud Mental

Objetivos Estratégicos

- Contribuir a la Salud Mental de los peruanos y peruanas, sin distinciones de raza, edad, género y condición social, política o cultural.
- Fortalecer las redes de soporte, sociales y comunitarias para una vida sana, incluyendo la salud mental en los planes a nivel nacional, regional y local.
- Posicionar la Salud Mental como un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país.
- Fortalecer el rol rector del MINSa en Salud Mental de manera concertada en el ámbito nacional, regional y local, con el propósito de garantizar los derechos ciudadanos; y de este modo ser factor de cohesión social.
- Asegurar el acceso universal a la atención integral en Salud Mental, en base a la reestructuración de servicios que priorice la atención en la comunidad.
- Promover la equidad en la atención de Salud Mental en términos de estrato social, género, ciclo de vida y diversidad cultural; dando atención diferencia a las poblaciones vulnerables, especialmente a las afectadas por la violencia política.

f. Política Nacional de Modernización de la Gestión del Estado

El Ministerio de Salud en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, orienta su gestión institucional a la adopción paulatina de la gestión por procesos, que contribuya a mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y transparencia de los bienes y servicios que brinda el Ministerio de Salud y sus diferentes entidades que la conforman como el Hospital Vitor Larco Herrera.



Con esa visión de Estado Moderno, se plantea emprender un proceso de cambio y reforma integral de la gestión pública, a nivel gerencial y operacional, que pueda afrontar la debilidad estructural del aparato estatal para cumplir sus objetivos y así, pasar de una administración pública que se mira a sí misma, a una enfocada en la obtención de resultados para los ciudadanos. En tal sentido es que se plantea el impulso del proceso de modernización de la gestión pública, sostenido y con perspectiva de largo plazo, implicando para todas las entidades la realización de acciones orientadas a incrementar los niveles de eficiencia y eficacia en la gestión pública, de modo que ésta pueda cumplir con sus funciones institucionalmente asignadas destinadas a servir más y mejor a los ciudadanos.

6.3.4 Actividades

Para cumplir con los objetivos y en el marco de los Objetivos Estratégicos señalados se han definido una serie de actividades de orden administrativo y asistencial de nivel gerencial directivo y operativo, con responsables, metas y cronograma, que se describen en el anexo.

6.3.5 Monitoreo y Evaluación

Para medir los avances e impacto de las acciones e intervenciones programadas en este Plan se han preparado los siguientes indicadores en el corto y mediano plazo:

6.3.5.1 Indicadores de Monitoreo y Evaluación

- N° de Visitas domiciliarias realizadas de seguimiento a pacientes desinstitucionalizados.
- N° de Reuniones del Comité de Desinstitucionalización realizadas.
- N° de Informes de Institucionalización aprobados por el Comité.
- N° Informes de Reevaluación de pacientes con discapacidad mental.
- N° de pacientes desinstitucionalizados.
- N° de Reuniones con Gobiernos Locales registrados en Actas.
- N° de Convenios de Cooperación Mutua suscritos con actores claves de la sociedad civil que trabajan en el tema.
- N° de Reuniones de Coordinación realizadas con la DIRIS Lima Centro en pro del fortalecimiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria y las Unidades de Hospitalización de salud Mental y Adicciones.

VII. RESPONSABILIDADES

- **Dirección General y Dirección Adjunta:** Deberá aprobar y difundir este Documento Técnico denominado: Plan de Desinstitucionalización 2023.
- **Comité de Desinstitucionalización:** Monitorizar, supervisar y evaluar el presente documento técnico, conforme a las funciones asignadas en el presente Plan del HVLH-2023.
- **Departamentos/pabellones:** Ejecutar las actividades que le corresponden según la responsabilidad indicada en el Cronograma de Gantt.
- **Oficina de Estadística e Informática:** Deberá calcular y reportar los indicadores definidos en este documento técnico.

VIII. ANEXOS

- Anexo 01. Matriz de Actividades del Plan de Desinstitucionalización del HVLH-2023.



ANEXO 01. MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DEL HVLH-2023

ACTIVIDAD	MES											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaborar el plan de desinstitucionalización 2023			X	X								
Coordinar con el Servicio de Recuperación y Reinserción familiar y social la presentación de una lista de candidatos/as aptos para presentar a los diferentes comités				X	X							
Participar en las reuniones de comités de salud mental de las diferentes DIRIS.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Solicitar los informes de seguimiento a los pacientes desinstitucionalizados del Departamento de Hospitalización y Trabajo Social.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Generar lazos con instituciones públicas o privadas que también tengan como objetivo misional la salud mental y la desinstitucionalización.							X	X				
Elaborar el Informe anual.												X

